

 małopolski szpital ortopedyczno-rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka	FORMULARZ	F-P-PP-2.1
	Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej znajdującej się w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka	
	Wydanie V z dnia 03.02.2022 r.	
		Strona 1 z 1

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W MAŁOPOLSKIM SZPITALU
ORTOPEDYCZNO - REHABILITACYJNYM IM. PROF. BOGUSŁAWA FRAŃCZUKA**

Wnoszę o udostępnienie do wglądu w siedzibie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno - Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka*/wydania kopii*/ wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego – skanu*/ wyciągu*/ odpisu*/ wydruku*/ oryginału*/ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ na informatycznym nośniku danych*/ dokumentacji medycznej dotyczącej:

	mojego stanu zdrowia **
	stanu zdrowia osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym**
	stanu zdrowia osoby, przez którą zostałem/am upoważniony/ a, które załączam**

W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym za pomocą poczty elektronicznej należy podać czytelnie adres e-mail:

.....

WNIOSKODAWCA:

Imię i Nazwisko..... PESEL

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania tel.

DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Nazwa Oddziału

Pobyt od dnia..... do dnia.....

Nazwa Poradni dla.....

Zakres dokumentacji podlegający udostępnieniu:

.....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję zasady i tryb udostępniania dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z póź. zm.) oraz w związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie. W przypadku kolejnego udostępnienia określonego powyżej zakresu dokumentacji oświadczam, że pokryję w całości koszt wykonania i kopiowania dokumentacji ustalony do zapisów w/w ustawy. Kserokopia dokumentacji medycznej jest płatna wg Zarządzenia Dyrektora MSOR

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wydania kopii*/wydania kopii w formie odwzorowania cyfrowego – skanu*/ wyciągu*/ odpisu*/ wydruku*/ dokumentacji medycznej ilość stron w dniu

Zakres dokumentacji podlegający udostępnieniu:

.....

.....
(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(Data i podpis osoby wydającej dokumentację)

*niepotrzebne skreślić

**odpowiednie zaznaczyć jeżeli nie dotyczy skreślić e dotyczy skreślić

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ZSZ jest zabronione